تاریخ ارزیابی

چک لیست **بررسی مستندات** بخش های بیمارستان براساس استانداردهای اعتباربخشی بخش ارزیابی شده

بازنگری خرداد۹۶

ردیف	محورمراقبتهای عمومی وبالینی	امتیاز پایش			غیرقابل ارزیابی	توضیحات
		۰	۱	۲		
۱	آیا تمامی آیتم های ذکرشده دردستورالعمل انتقال بین بخشی درگزارشات پرستاری رعایت شده است ؟					
۲	آیا اقدام پرستاری انجام شده برمبنای ارزیابی اولیه انجام شده است ؟					
۳	آیا درصورت مغایرت مراقبت اولیه با ارزیابی اولیه ، سرپرستار مداخله اصلاحی انجام داده است ؟					
۴	آیا کارکنان ازفرایند orderتلفنی اطلاع دارند؟و صحیح انجام شده است					
۵	دستورالعمل چک دستورات پزشک رعایت شده است.					
۶	علائم حیاتی طبق روتین و پروتکل ثبت وچارت شده است.					
۷	تغییرات علائم حیاتی دربین فواصل روتین ثبت شده است .					
۸	فرم رضایت آگاهانه به درستی تکمیل شده است .					
۹	وزن درصورت نیاز کنترل وثبت شده است .					
۱۰	گزارشات پرستاری بدون خط خوردگی ولاک گرفتگی است .موارد اشتباه طبق دستوالعمل مشخص شده است .					
۱۱	گزارشات پرستاری خوانا،جامع،کامل بدون فاصله خالی بین آن ثبت شده است .					
۱۲	بجای واژه های مبهم (خوب،نرمال،متوسط و...)وضعیت بیمارتوصیف شده است .					
۱۳	به ساعت انجام اقدامات پاراکلینیکی ،ویزیت ،اتاق عمل اطلاع و انجام مشاوره اشاره شده است .					
۱۴	درمورد تغذیه بیمار،وضعیت دفع وآموزش به بیمار درگزارش پرستاری توضیح شده است .					
۱۵	دستورات داروئی دقیق ثبت شده است و با دستور پزشک همخوانی دارد.					
۱۶	تنظیم دستگاه (ونتیلاتور)درگزارش پرستاری ثبت شده است .					
۱۷	به انجام ریپورت ها و دریافت جواب آزمایشات یا موارد نیازمند پی گیری اشاره شده است .					
۱۸	فرم جذب ودفع درصورت نیاز تکمیل شده است .					
۱۹	آیا درگزارش پرستاری پاسخ بیمار نسبت به اجرای برنامه های مراقبت پرستاری ثبت شده است و ارزیابی مجدد درصورت عدم پاسخ انجام شده است ؟					
۲۰	آیا آموزشهای بدو ورود حین بستری ،زمان ترخیص درفرم مربوطه انجام می شود؟					
۲۱	در کارتکس مشخصات کامل دارو شامل نام دارو،شامل نام دارو،روش مصرف،ساعت و تاریخ شروع دارو کامل و خوانا ثبت شده است.					
۲۲	کلیه آیتمهای مورد نیاز درکارتکس (تاریخ تجهیزات و وسایل استفاده شده ، رژیم غذایی ،استراحت ،وزن ،تشخیص، پیگیری ها،پارامترهای تنظیم دستگاه هاو...)تکمیل شده است .					
۲۱	دفتر گزارش پرستاری بطور روتین نوشته و تقسیم بیمار باتوجه به فرمت موجود دردفتر صورت می گیرد.					
۲۲	پایان گزارش دفتر توسط مسئولین هردو شیفت مهرامضاشده است .					
۲۳	آیتم های مشخص شده دردفتر گزارش تکمیل شده است .					
۲۴	مستندی جهت چک داروهای دپو وجود دارد و داروی تاریخ گذشته ندارد					
۲۵	فرایند محاسبه و دادن داروهای پر خطر توسط دو کارشناس پرستاری انجام و ثبت و تائید و امضای گردد.(شامل:دیگوکسین وریدی،انسولین، مخدرها ،اولین دوز آنتی بیوتیک های وریدی، ترکیبات تغذیه کامل وریدی،دوزهای کودکان از ویالهای چند دوزی ،خون و فرآوردهای خونی ،کلرور پتاسیم)					

اقدامات پیشنهادی

امضا سوپروایزر امضای سرپرستار امضای مسئول شیفت